

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Bei Familienangehörigen: Name, Vorname des Mitglieds

Geburtsdatum

Anschrift

Arbeitgeber/Versicherungsverhältnis

ANTRAG auf eine ambulante Vorsorgeleistung

Ich beantrage eine ambulante Vorsorgeleistung

Möglicher Zeitraum vom _____ bis _____

Gewünschter Kurort _____

 Ambulante Vorsorgeleistung Ambulante Vorsorgeleistung für Kinder

Wurden Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet?

 ja nein

Beziehen Sie Beschädigtenrente oder Hinterbliebenenrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (Versorgungsamt)?

 ja nein

Ist die Krankheit Folge eines Arbeits-/Wegeunfalles, eines Versorgungsleidens oder durch Dritte verursacht worden?

 ja nein

Wurde innerhalb der letzten 3 Jahre eine medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt?

 ja nein

wenn ja, vom _____ bis _____ in _____

Kostenträger _____

 Telefonisch tagsüber erreichbar

(Vorwahl) _____

Datum, Unterschrift des/der Versicherten _____

Datenschutzhinweis: Die Erhebung der Daten beruht auf § 23 SGB V und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 60 SGB I verpflichtet. Bei fehlender Mitwirkung sind Leistungseinschränkungen möglich (§ 66 SGB I). Die Angabe der Telefon-Nr. ist freiwillig.

Name, Vorname des Patienten	Geburtsdatum/Krankenversicherturnummer		
Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V	<input type="checkbox"/> bei Schwächung der Gesundheit / zur Krankheitsverhütung <input type="checkbox"/> zur Vermeidung der Verschlimmerung behandlungsbedürftiger Krankheiten <input type="checkbox"/> bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern		
Der/die Versicherte ist bei mir in Behandlung seit: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>			
Risikofaktoren / Gefährdung, Regulations- / Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden			
<input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel / Fehlhaltung <input type="checkbox"/> Übergewicht / Fehlernährung <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Rauchen <input type="checkbox"/> Sonstige Risikofaktoren _____ <input type="checkbox"/> aktuelle Beschwerden (ggf. auch Regulations- / Befindlichkeitsstörungen): _____ _____			
Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung	seit wann?	Ursache	Verlauf
1.			
2.			
3.			
Ursache: 1=Unfallfolgen; 2=Berufskrankheit; 3=Gesundheitsschäden nach dem BVG Verlauf: 1=chronisch rezidivierend; 2=chronisch progredient; 3=konstitutionell/umweltbedingte Neigung zu rezidivierenden somatischen Erkrankungen			
Schädigungen / Funktionsstörungen / Befund:		Datum der letzten Untersuchung: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
Aktuelle Befunde (z. B. Röntgen, EKG, Labor) / Untersuchungsberichte (z. B. Facharzt, Krankenhausentlassungsbericht)			
<input type="checkbox"/> können bei Bedarf durch den MDK angefordert werden <input type="checkbox"/> liegen nicht vor			
Angestrebtes Vorsorgeziel (z. B. Schmerzlinderung, Verbesserung der Beweglichkeit, Abbau von Risikofaktoren, Verhaltensänderung):			
Welche Behandlungen, Maßnahmen/Hilfen wurden in den letzten 12 Monaten durchgeführt?			
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Physik. Therapie <input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech- oder Sprachtherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Psychotherapie <input type="checkbox"/> Patientenschulung <input type="checkbox"/> Rehasport / Funktionstraining <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe <input type="checkbox"/> Sonstige (z. B. Hilfsmittelversorgung): _____			
<i>Nur ausfüllen, sofern in den letzten 3 Jahren eine medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt wurde!</i> Die Vorsorgeleistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 3 Jahren medizinisch <u>dringend</u> erforderlich (z. B. Verschlimmerung durch akuten Schub, andere Krankheit), weil _____ _____			

Sind besondere Anforderungen an den Kurort zu stellen (z. B. Klima, Allergiefaktoren)?

nein ja, welche _____

empfohlener Kurort: _____ Dauer: _____ Wochen

Durchführung der Vorsorgeleistung in kompakter Form (Kompaktkur) ja nein

Ggf. weitere Bemerkungen: _____

– Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 79 EBM berechnungsfähig –

Hinweis: Die vorstehend erfragten Angaben werden benötigt, um über den Antrag des Versicherten auf Durchführung einer Vorsorgeleistung entscheiden zu können. Nach §§ 100 SGB X und 73 Abs. 2 Ziff. 9 SGB V sind Sie verpflichtet, den erbetenen Bericht zu erteilen.

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Ort und Datum

Muster 25 (4.2001)